DISSERTATION

N° 52.

SUR

LA PNEUMONIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR H. LUCAS, de Molitard,

Département d'Eure-et-Loire;

Bachelier ès-lettres; ex-Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ille proficit qui doctorum præcepta sequitur.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT,
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA BONNE MÈRE.

Amour filial.

A MES FRÈRES.

Amitié constante.

H. LUCAS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0002vari_b7x2

Il est peu de maladies plus fréquentes et plus meurtrières que la pneumonie ; il n'en est point où un traitement actif bien dirigé produise des résultats plus heureux, et qu'il importe d'avantage de connaître parfaitement, afin de ne point perdre en hésitation des momens d'où dépend le salut du malade. C'est d'après cette considération que je me suis déterminé à la prendre pour sujet de mon dernier examen. Je ne me suis point dissimulé qu'elle a été souvent traitée de main de maître; mais j'ai espéré que, si je me montrais au courant de la science sur ce point important, mes professeurs voudraient bien m'accorder toute leur indulgence.

Je me propose, après avoir donné la définition de la pneumonie, parlé de sa synonymie, énoncé ses variétés, indiqué ses causes les moins équivoques, de décrire le mieux qu'il me sera possible, sans être trop long, l'histoire des lésions organiques ; je parlerai ensuite des symptômes locaux et généraux, mais je m'appliquerai surtout à bien fixer la valeur des premiers ; puis je m'occuperai de la marche, de

la durée, du prognostic. Il aurait été long d'examiner les modifications infinies dont le traitement est susceptible ; j'ai pensé qu'il suffirait de soumettre les principes qui me guideront auprès des malades.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE.

Définition. La pneumonie, dite plus vulgairement *péripneumonie*, est l'inflammation des dernières ramifications bronchiques et du tissu qui les unit. Quelques auteurs, ayant égard à ses complications ordinaires, l'appellent *pleuro-pneumonie*, *fièvre péripneumonique;* dans ces derniers temps, on lui a donné le nom de *pneumonite.*

Variétés. Le siége et l'étendue de cette inflammation, l'âge, la constitution du sujet qu'elle affecte, les complications coexistantes et mille causes internes ou externes, souvent difficiles à apprécier, font varier à l'infini sa marche et ses symptômes. Quelle foule de nuances sépare la pneumonie la plus aiguë de la pneumonie la plus chronique, celle qui abat en quelques heures de celle qui mine sourdement, sans qu'on en ait la conscience! Elle règne quelquefois épidémiquement avec des caractères particuliers. Il paraît bien constaté qu'elle peut être intermittente; on la dit *traumatique*, quand elle est occasionnée par une violence extérieure.

Causes. Elles sont *prédisposantes* ou *occasionnelles.* Parmi les premières, on en range beaucoup qui appartiennent à toutes les inflam-

mations, comme la pléthore et ses causes ; certains vices généraux, qui manifestent leur présence en attaquant tantôt une partie tantôt une autre.

Il en est pourtant qui lui sont particulières et qui augmentent évidemment la susceptibilité des poumons à s'enflammer ; tels sont, un air froid et sec, ou l'air vicié des hôpitaux; des maladies antérieures des poumons ; certaines circonstances physiques ou morales qui refoulent ou font stagner le sang dans la poitrine, comme les efforts, les cris, les émotions vives, les affections du cœur, des vices de conformation du thorax ; le décubitus sur le dos chez les individus débilités, et même chez les enfans, lorsqu'il est trop prolongé.

L'impression du froid sur la peau ou sur l'estomac la détermine assez souvent ; il paraît que le tartre stibié et l'opium à haute dose, et le poison des serpens ont une action spécifique sur le poumon. On a observé souvent des pneumonies partielles à la suite des amputations des gros membres et des brûlures étendues ; mais les causes les moins équivoques sont les plaies pénétrantes, les contusions violentes, les fractures des côtes avec enfoncement.

Avant de parler des symptômes, je vais décrire les lésions organiques qui en sont la cause prochaine, la cause connue ; les effets seront plus faciles à apprécier.

Caractères anatomiques. L'inflammation débute par l'afflux du sang suivi de la rougeur, de la tuméfaction du tissu qui en est le siége ; les capillaires s'engorgent, la couleur du poumon prend une teinte plus foncée ; si on le coupe, il s'en écoule une sérosité trouble, sanguinolente, mêlée à de l'air ; bientôt le tissu perd son élasticité, sa résistance ; si on le presse, il conserve l'empreinte du doigt ; cependant il contient de l'air et crépite encore. Les vésicules, dont les parois sont épaissies, exhalent à leur intérieur des mucosités, qui ne tardent pas à devenir sanguinolentes ; c'est à cet état que l'on donne le nom d'*engouement*. Il est difficile d'assigner au juste sa durée ; elle

est en général de douze heures à trois jours. Si la résolution se fait, le sang infiltré est résorbé, le tissu pulmonaire redevient sec; ou, ce qui est plus ordinaire, il reste infiltré de sérosité pendant quelque temps, ce qui constitue une des variétés de l'œdème pulmonaire.

Si l'inflammation continue, quelques points deviennent plus fermes et plus compactes, peu à peu le poumon prend une couleur plus ou moins uniformément rouge; il est lourd, ne contient plus d'air, ne crépite plus, se précipite au fond de l'eau; il ressemblerait au foie s'il en avait la consistance (hépatisation rouge).

On déchire son tissu avec la plus grande facilité, de là le nom de *ramollissement rouge*. La surface des incisions offre une foule de granulations pressées les unes contre les autres, et par la pression on en fait couler un liquide rouge non écumeux et plus épais que dans le degré d'engouement. Lorsqu'on ouvre le thorax, le poumon garde la forme de la cavité dans laquelle il s'est moulé, mais, selon ce que j'ai vu, sans l'avoir dilatée. Cette période dure ordinairement d'un à trois jours; la pneumonie peut s'y arrêter, la couleur pâlit par degrés et revient à celle qui est naturelle au poumon; le tissu perd sa dureté et s'humecte d'une sérosité de plus en plus spumeuse, les granulations s'effacent et les vésicules reparaissent. Cependant, plus de fermeté, d'élasticité, de pesanteur que dans l'état naturel, indique, durant quelque temps, un reste d'épaississement des vésicules.

Lorsque le poumon passe à la suppuration (hépatisation grise, ramollissement gris), on voit d'abord des points jaunâtres ou gris, qui, se multipliant, forment des taches et envahissent toute la partie précédemment colorée en rouge. La mollesse du poumon augmente à mesure qu'il s'infiltre d'une plus grande quantité de pus. Les granulations, qui sont évidemment les vésicules pulmonaires transformées en grains solides par l'épaississement de leurs parois et l'état d'*infarctus* de leur cavité, se gonflent et souvent se confondent en une masse grise, homogène; il ruissèle des incisions un pus inodore ou d'une odeur un peu fade, de couleur gris jaunâtre, plus blanc chez

les enfans, d'un gris cendré chez les vieillards. A ce degré, la résolution peut-elle encore se faire? Il est probable que le poumon est susceptible de reprendre son état naturel tant que les vésicules n'ont pas été détruites.

Le poumon n'est pas toujours abreuvé d'une aussi grande quantité de liquides que je l'ai dit; quelquefois le pus n'en suinte que par gouttelettes sous la pression ; d'autres fois son tissu n'en contient pas du tout, il est dense, sec, endurci, de la consistance du foie, de couleur rouge ou grise : ces deux variétés d'induration sont particulières à l'inflammation chronique ; elles existent le plus souvent au lobe supérieur, et partout autour de corps étrangers qui déterminent une irritation peu intense, mais continue. On ne voit plus guère de granulations dans ce tissu ; cependant la facilité de reconnaître la matière noire pulmonaire, les vaisseaux sanguins, et surtout les cloisons celluleuses des lobes sous forme de lignes blanches, atteste qu'il est encore organisé ; mais il faut prendre garde de le confondre avec l'infiltration tuberculeuse que l'on trouve quelquefois en même temps. Elle offre même dureté, même aspect lisse ; mais on observe une teinte d'un blanc mat ou légèrement jaunâtre, et le tissu est beaucoup plus friable. C'est du ramollissement de cette matière tuberculeuse que résultent la plupart des vomiques ; cependant il s'en forme quelquefois à la suite de pneumonies circonscrites, et elles existent tantôt au milieu d'un tissu parfaitement sain, tantôt au milieu d'un tissu hépatisé. La matière de ces collections est homogène, et non mêlée de fragmens de tubercules. Les parois de l'excavation sont plus molles, souvent infiltrées de pus, et non tapissées ordinairement par une membrane. Des tuyaux bronchiques peuvent s'ouvrir dans son intérieur, et offrir une issue au liquide. Ces abcès sont très-petits généralement, quoique l'on ait trouvé, dans des cas d'exception, tout un lobe et même la presque totalité d'un poumon creusé par de vastes excavations sans coexistence de tubercules. On lit, dans le 19e bulletin de la Société anatomique, un fait de ce genre. Chez une femme âgée de quarante-sept ans, morte après quarante-

neuf jours d'une pleuro-pneumonie bien caractérisée, on trouva le lobe supérieur du poumon gauche remplacé par une poche remplie d'un pus blanc, crémeux, inodore, dans lequel flottait un vaste lambeau d'une substance molle, infiltrée de pus d'une odeur fade, qui n'avait rien de désagréable. Elle était circonscrite, en bas, par le lobe inférieur; en arrière, par du tissu pulmonaire hépatisé, d'un demi-pouce d'épaisseur ; dans le reste, par la plèvre épaissie : sa paroi interne offrait l'orifice de plusieurs tuyaux bronchiques. Ces vastes abcès n'ont été trouvés que dans les pleuro-pneumonies, et paraissent toujours s'être d'abord développés dans les plèvres. Dans les cas rares où, par suite de l'intensité de l'inflammation, la gangrène frappe le tissu pulmonaire, il est humide, très-diffluent, et a une couleur mêlée qui varie depuis le blanc sale et verdâtre jusqu'au brun noirâtre; il offre çà et là des parties tombées en un déliquium putride, d'une odeur caractéristique. Il est moins extraordinaire de trouver des escharres gangréneuses; mais c'est une question de savoir si les traces d'inflammation qui les environnent en sont la cause plutôt que l'effet. Je ne dois pas omettre deux variétés de lésion que l'on trouve, dans quelques circonstances, au lieu de l'engouement et de l'hépatisation rouge, je veux parler de ces deux états du poumon auxquels on a donné les noms de *splénisation* et de *carnification*. Le premier ressemble, en effet, au tissu de la rate; le poumon est noir, molasse, sans crépitance, et laisse couler, quand on incise, une matière glutineuse d'un rouge très-foncé On le trouve chez les individus affectés d'une fièvre grave, et quelquefois chez les enfans. Il peut se prolonger vingt et trente jours. Le second s'observe lorsque la pneumonie a été gênée dans son développement par un épanchement pleurétique. Le tissu pulmonaire a une texture homogène ; il est souple, compacte, et peut être comparé, pour son aspect et sa consistance, à de la chair musculaire que l'on a battue pour l'attendrir. La marche de cette lésion est fort lente, et sa résolution peut n'être pas achevée au bout de deux mois. Les trois degrés de la pneumonie s'observent quelquefois en même temps, marchant à la suite

l'une de l'autre. Une portion de tissu chroniquement enflammée peut devenir le point de départ d'une pneumonie plus ou moins aiguë. L'étendue en est très-variable ; elle peut affecter isolément un nombre indéterminé de vésicules, et être ainsi disséminée dans une plus ou moins grande étendue, occuper un ou plusieurs lobes, et même envahir la presque totalité des deux poumons.

La pneumonie vésiculaire se présente sous forme de granulations d'un volume parfaitement égal, d'abord rouges et molles; elles passent ensuite à l'hépatisation rouge, puis grise, et même à l'induration ; elles constituent alors, selon toute apparence, la phthisie granuleuse de *Bayle*. De véritables tubercules et des glandes engorgées existent assez souvent en même temps, et il est aisé d'en apprécier la différence. La pneumonie lobulaire ou mamelonnée a surtout lieu chez les enfans, et à la suite des grandes amputations à tout âge. Lorsque plusieurs lobules sont enflammés, le tissu cellulaire qui les sépare peut rester sain; de là vient, sans doute, les bosselures que le poumon présente dans quelques cas.

Toutes les parties de ce viscère sont susceptibles d'inflammation; mais la base offre plus souvent la forme aiguë, et le sommet la forme chronique. Le côté droit est plus fréquemment altéré que le côté gauche; est-ce en proportion de son plus grand volume?

Il est bien reconnu que la plèvre peut ne pas être affectée, quoiqu'elle le soit ordinairement ; elle est rouge, épaissie ou doublée d'une fausse membrane albumineuse dans l'endroit correspondant à l'inflammation du poumon. Un épanchement ne peut se former au niveau de l'hépatisation, mais on l'a vu coexister et refouler les parties restées saines.

Les bronches qui correspondent au point enflammé sont plus ou moins rouges dans leurs ramifications, et leur membrane muqueuse se ramollit, devient pâle et violette : lorsque la période de suppuration s'est établie, on les trouve parfois dilatées d'une manière évidente, surtout chez les enfans.

Par suite de la difficulté de la circulation à travers le poumon, les cavités droites du cœur sont ordinairement remplies de sang.

La pneumonie traumatique n'a pas toujours une étendue proportionnée à la violence qui l'a déterminée ; elle peut exister avec une contusion, une fracture de côtes, la présence d'un corps étranger dans le poumon, avec un emphysème, une hémorrhagie ; complications dont je n'ai point à parler.

On conçoit aisément que les symptômes doivent être différens suivant le degré d'altération, son étendue, son siége, la rapidité ou la lenteur de sa marche. Ils ne sont pas moins modifiés par la sensibilité de l'organe, laquelle s'exprime, sans doute, dans l'état de maladie d'une manière aussi variée que dans l'état de santé chez les différens individus, ou chez les mêmes à des époques différentes. D'après cette considération, je vais décrire d'abord la marche, les symptômes ordinaires ou locaux, puis les complications ou symptômes généraux plus ou moins communs. Ensuite je tâcherai, pour le diagnostic dans tous les cas difficiles, d'indiquer la juste valeur de chaque symptôme.

Un trouble général précède souvent de quelques heures ou de quelques jours l'apparition de la pneumonie ; mais les premiers symptômes qui lui appartiennent réellement sont, de la chaleur dans la poitrine ; une douleur gravative, obtuse, profonde ; la gêne de la respiration, qui est haute, petite, très-accélérée, incomplète, inégale. La toux, sèche d'abord, devient bientôt muqueuse, et les crachats sont jaunes, d'une couleur rouille de fer ou très-rouges, selon la proportion de sang qu'ils contiennent. On entend encore le bruit d'expansion pulmonaire, comme dans l'état naturel ; mais il est obscurci par le râle crépitant ou vésiculaire, qui finit par s'entendre seul dans l'endroit affecté. La respiration est accélérée, puérile dans le reste du poumon.

Lorsque l'hépatisation succède à l'engouement, la dyspnée augmente, le malade est couché sur le dos ou sur le côté affecté. La douleur locale diminue ; le râle crépitant devient plus humide, offre

des bulles moins égales, plus rares, et disparaît. Le son rendu par la poitrine percutée est de plus en plus obscur. Les crachats ont surtout alors un caractère particulier; ils sont transparens, rouillés, réunis en une masse gélatiniforme, tremblottante et très-visqueuse, dans laquelle sont retenues de petites bulles d'air. L'on n'entend plus aucun bruit respiratoire, si ce n'est la respiration trachéale dans les gros tuyaux bronchiques, et la bronchophonie ou transmission de la voix à travers la partie hépatisée. Lorsque la maladie, parvenue à ce degré, se termine par résolution, l'on en acquiert la connaissance par la réapparition successive, mais dans un ordre inverse, des phénomènes précédemment observés.

Si, au contraire, la fonte purulente s'empare du tissu pulmonaire, la matité, l'absence du bruit respiratoire persistent; le malade éprouve quelquefois des horripilations suivies de chaleur et de sueurs vers la poitrine; la face offre une rougeur vive des joues, et plus tard une pâleur extrême, une sorte d'aspect cadavérique; la toux est violente, opinâtre, presque sèche : dans quelques cas l'expectoration est aqueuse, brunâtre, semblable à du jus de pruneaux. Ces symptômes auront surtout quelque valeur s'ils surviennent dans le cours du second septénaire. Quand le tissu pulmonaire est infiltré d'une assez grande quantité de pus, on entend dans les bronches un râle muqueux plus ou moins marqué; et lorsqu'ensuite la respiration ou la toux caverneuse, le râle caverneux se manifestent, on est fondé à penser que le pus, réuni en foyer, s'est fait jour par un tuyau bronchique, et même que l'excavation est vaste, si l'on entend le tintement métallique et la fluctuation hippocratique. Ces phénomènes ont ordinairement été précédés d'une expectoration abondante et puriforme survenue tout à coup. Si le malade, tombé subitement dans une prostration extrême, a une haleine d'une fétidité particulière, et des crachats livides, glutineux, sanieux et semblables à de la lie de vin rouge, on peut être sûr qu'il y a gangrène.

On s'aperçoit que la maladie se prolonge à l'état chronique, lorsqu'après vingt ou trente jours on voit persister la matité du son,

l'absence du bruit respiratoire, une toux sèche ou muqueuse, la difficulté de faire une inspiration profonde, et l'élévation inégale des deux côtés du thorax; la dyspnée devient plus sensible par toutes les causes qui accélèrent la circulation, toujours plus ou moins troublée par les affections du poumon. Tous les organes de l'économie sont sans doute dans une dépendance réciproque, ils se ressentent tous, plus ou moins, de l'état d'un organe aussi important; mais nul n'est avec lui dans une corrélation plus intime que le centre de la circulation. Cependant il est très-ordinaire, pour peu que la pneumonie soit intense, de la voir se réfléchir sur le cerveau ou les organes de la digestion, et déterminer des désordres aussi variés que la susceptibilité originelle ou acquise de ces parties à recevoir les impressions sympathiques; c'est dans le plus petit nombre des cas que le défaut d'énergie du sujet et la lenteur avec laquelle la lésion s'établit permettent aux fonctions de se plier en silence au nouvel état d'un viscère qui influence si puissamment tous les autres.

Les modifications qu'éprouve l'action du cœur sont constantes, mais différentes suivant l'intensité et la marche de la maladie. Ordinairement le pouls est fréquent, large et souple; la face est rouge, vultueuse, quelquefois violacée; les jugulaires sont gonflées; chaleur élevée, moiteur légère à la peau; urines rouges. Le sang que l'on tire des veines offre le plus souvent une couenne plus ou moins épaisse. L'état du pouls persiste tant que le cœur lutte avec avantage; mais il peut arriver qu'enchaîné par l'intensité du mal il ne détermine plus qu'un pouls petit, irrégulier, que la prostration soit telle qu'on pourrait la confondre avec l'adynamie; si l'on ne savait que le sujet, naguère sain et robuste, n'a été soumis à aucune cause véritablement débilitante. Le pouls, au reste, peut être réellement faible et irrégulier; et ce signe, joint au râle trachéal, à la décomposition des traits, au refroidissement progressif des extrémités, précède immédiatement la mort. Lorsque la pneumonie est chronique, la circulation est quelquefois la seule fonction dont le trouble soit manifeste. Chez des individus sujets à des palpitations, l'on n'a trouvé à l'autopsie

aucune autre lésion qu'une inflammation chronique du poumon. Outre les palpitations qui sont occasionnées par le moindre exercice, la moindre émotion, la fièvre revient chaque soir. Le malade s'affaiblit, la face se colore après les repas, offre surtout le matin une certaine rondeur de formes qui n'est point déterminée par la graisse; enfin elle se bouffit, les extrémités s'œdématient, et après six ou sept semaines, quelquefois quatre ou cinq mois, le malade meurt au milieu des espérances qui le bercent jusqu'à la fin. Dans le cours d'une phthisie pulmonaire, ou lorsqu'il existe un corps étranger dans les poumons, un fièvre plus marquée qu'à l'ordinaire, ou une prostration plus grande, est souvent la seule circonstance qui puisse faire craindre une inflammation nouvelle et porter à explorer la poitrine.

Stoll a remarqué que le pouls était souvent plus faible du côté affecté. Le lobe supérieur engorgé comprimerait-il assez les vaisseaux pour produire ce phénomène?

Le cerveau est rarement affecté, et c'est même un caractère de l'agonie des péripneumoniques, que les facultés intellectuelles restent libres jusqu'au dernier moment. Dans la plupart des cas, le malade est à peine tourmenté de céphalalgie et d'insomnie; mais s'il est doué d'une grande susceptibilité nerveuse, la perversion, l'affaiblissement des fonctions des organes des sens, le délire, la stupeur et tous les phénomènes de l'ataxie compliqueront la maladie primitive.

Les organes digestifs participent presque toujours, avec des nuances variées, à la lésion qui nous occupe; la langue est assez souvent blanche et humide, mais l'appétit est nul, la soif est à peu près constamment augmentée; l'on a vu, sous l'influence de certaines constitutions médicales, une teinte jaunâtre de la face et de la langue, l'amertume de la bouche, la sécheresse, la chaleur âcre de la peau, les nausées, les vomissemens bilieux, annoncer que la sécrétion du foie est augmentée.

Ce flux de bile surabondant est-il occasionné par une influence nerveuse, comme on l'observe pour les larmes, la salive, etc.? est-il

provoqué par une duodénite, une hépatite? Ce que je sais, et ce qu'il importe le plus de savoir, c'est que les émétiques et les purgatifs font disparaître promptement ces symptômes bilieux ; il est des cas, au reste, où l'hépatite est bien évidente, particulièrement lorsque l'inflammation a son siége au lobe inférieur du poumon droit. Une foule d'observations attestent aussi que la gastro-entérite peut coexister sous des formes variées, depuis la plus légère jusqu'à la plus intense, depuis celle qui n'est indiquée que par l'inappétence, la soif, et la rougeur de la pointe et du pourtour de la langue, jusqu'à celle que révèlent une douleur vive à l'épigastre, la sécheresse et les gerçures de la langue, l'état fuligineux de la bouche, la diarrhée ou une constipation opiniâtre. Tous les symptômes de l'adynamie sont assez souvent la suite de cette complication ; mais je crois qu'ils peuvent être le résultat de la prolongation de la pneumonie, d'évacuations sanguines abondantes ou intempestives, et de toute inflammation intense et prolongée.

J'aurais à passer en revue chaque organe, si je voulais indiquer tous les phénomènes morbides qui peuvent compliquer la pneumonie, qui tantôt la précèdent ou se montrent avec elle, et tantôt surviennent dans son cours ; ils peuvent n'être que des épiphénomènes peu dignes d'attention, ou se développer avec une intensité capable de masquer l'affection du poumon qui en a été le point de départ, et rendre ses signes souvent très-équivoques. C'est ainsi que lorsqu'il y a coexistence d'adynamie, soit primitive, soit consécutive, complication fréquente chez les vieillards, l'expectoration est rare et les symptômes locaux sont plus ou moins voilés par un coma profond et par un râle muqueux très-intense, ordinaire à cet âge.

Chez les enfans, il n'est pas rare qu'elle s'établisse au milieu des symptômes de la coqueluche ou d'une fièvre éruptive sans attirer l'attention. La percussion est impossible lorsqu'il existe une éruption, d'ailleurs, la graisse, l'élasticité des parois du thorax, et surtout la dilatation assez commune des bronches, la rendent souvent infidèle ; le râle crépitant est obscurci par un râle muqueux qu'il est aisé de

confondre avec lui; en outre, la douleur n'est souvent point exprimée quand elle existe, car elle doit être moins fréquente que chez l'adulte, la pneumonie étant le plus souvent lobulaire et par conséquent sans pleurésie. C'est dans ces pneumonies par lobules que la respiration se fait par secousses, qu'elle est *saccadée;* les crachats sont moins rouillés et presque toujours avalés.

Il est bien d'autres circonstances qui peuvent altérer ou faire disparaître un plus ou moins grand nombre des symptômes de la pneumonie. D'ailleurs, il n'est aucun de ces symptômes, excepté les crachats *pneumoniques*, qui n'appartienne à une foule d'autres maladies, comme je vais le démontrer, et si, par ce moyen, je parviens à donner la juste valeur de chacun d'eux, je croirai avoir assez fait pour le diagnostic.

La dyspnée est sans contredit le symptôme le plus ordinaire de cette affection, elle est même généralement en rapport avec son étendue et son degré. Quelque limitée que soit la lésion, avec quelque lenteur qu'elle se soit développée, il est rare que le malade n'éprouve pas de la gêne à faire une inspiration profonde; mais elle n'est pas seulement commune à toutes les maladies de la poitrine, la plupart de celles du cou, plusieurs affections de la tête, tout obstacle à l'introduction de l'air, à la dilatation du thorax, tout plus grand besoin d'air pour opérer l'hématose, soit à cause de la quantité de sang qui traverse les poumons, soit à cause de sa nature, peut encore l'occasionner. Des individus ont succombé à la suite d'une dyspnée intense, sans qu'il ait été possible à d'habiles observateurs de découvrir quelque trace de lésion sur le cadavre.

La douleur est déchirante et superficielle dans la pleurodynie, lancinante dans la pleurésie, répandue et obtuse dans le catarrhe, gravative, oppressive dans la pneumonie; mais le plus grand nombre des malades traduit mal ce qu'il éprouve, et toutes les causes de dyspnée produisent-elles toujours une oppression bien différente?

J'en dirai autant de la toux, qui peut être déterminée par une irritation sympathique, dont les viscères de l'abdomen et le système nerveux sont le siége, aussi bien que par une irritation primitive des or-

ganes de la respiration ; d'ailleurs, son acuité et sa fréquence ne sont pas en rapport constant avec l'acuité de l'inflammation.

L'expectoration est quelquefois nulle dans la première et dans la troisième période, ou insignifiante dans tout le cours de la maladie; ce n'est pas même dans la majorité des cas qu'elle offre le caractère pathognomonique que j'ai indiqué ; le plus souvent elle est celle de la bronchite aiguë ou chronique.

Le décubitus a lieu ordinairement sur le côté affecté ou sur le dos; mais il en est de même dans la phthisie et lorsqu'il existe un épanchement ou un abcès; d'autre part, on a vu des individus qui se trouvaient mieux sur le côté sain

Quelque vagues que soient ces symptômes, il n'en est pourtant aucun qui ne doive faire soupçonner une pneumonie, si les signes de la lésion de quelque autre organe ne viennent fixer le jugement. On peut en dire autant des palpitations et des troubles variés de la circulation, qui doivent toujours porter à explorer la poitrine, et établissent de grandes probabiliés en faveur de la pneumonie chronique, lorsqu'il n'existe point d'affection organique du cœur.

La percussion exige certaines précautions, n'est pas toujours praticable, et n'offre aucun résultat lorsque la pneumonie est peu étendue ou située loin des parois thoraciques. D'ailleurs elle donne, comme dans l'hépatisation, un son mat dans tous les cas où le poumon est comprimé, refoulé par quelque production accidentelle développée dans son épaisseur ou dans la cavité de la plèvre, et lorsque cette cavité est remplie d'un liquide quelconque. L'hypertrophie du cœur, du foie, de la rate, l'état de l'estomac, pourraient encore devenir des causes d'erreur, si l'on n'était sur ses gardes ; cependant les circonstances qui ont précédé, qui accompagnent, donnent toujours la plus grande importance à ses résultats : l'auscultation est encore plus précieuse : le râle crépitant est un signe caractéristique de l'engouement ; il est vrai qu'il est aisé de le confondre avec le râle un peu plus humide de l'œdème, de l'apoplexie pulmonaire, et de quelques bronchites intenses ; mais l'absence de symptômes généraux dans

l'œdème, l'expectoration abondante d'un sang plus ou moins pur dans l'apoplexie pulmonaire, la disposition du sang par stries dans les crachats qui appartiennent à la bronchite intense, permettent peu de se méprendre. Dans la période d'hépatisation, le défaut d'expansion pulmonaire, et la bronchophonie quand l'air ne peut pénétrer au-delà des grosses bronches, sont des signes constans, pour peu que la lésion ait d'étendue. Mais il pourrait être difficile de distinguer ce phénomène d'avec la pectoriloquie et l'égophonie, si les circonstances commémoratives, la coïncidence de quelques symptômes propres à la pneumonie, l'absence des signes de phthisie et de pleurésie ne venaient lever toute incertitude.

Je puis donc conclure que, si la dyspnée, la douleur, la toux, le décubitus sont, chacun isolément, des signes assez vagues, et peuvent manquer dans quelques cas; que, si les crachats caractéristiques ne sont pas constans; que, si la percussion et l'auscultation donnent chez les phthisiques et les anévrysmatiques des résultats souvent équivoques pour le vulgaire des médecins; que, si elles deviennent encore insuffisantes lorsque la pneumonie occupe le centre, la base ou la racine des poumons, ou bien encore lorsqu'elle n'existe que par points isolés, il n'est pas moins vrai qu'il se trouve presque toujours assez de symptômes réunis pour que l'on puisse prononcer l'existence d'une pneumonie; il n'est pas moins vrai enfin que les pneumonies *latentes* sont devenues rares.

La marche de la pneumonie est ordinairement continue, offrant le soir, rarement dans la matinée, des paroxysmes plus ou moins marqués; néanmoins l'on a des observations où, dans leur intervalle, le malade était si calme, le poumon exploré différait si peu de l'état de santé, que l'on pourrait croire cette affection susceptible d'affecter le type intermittent, si le succès du quinquina en pareil cas, et ce qui se passe dans les fièvres d'accès ne levaient tout doute à cet égard. En effet, il est peu de sujets qui ne soient enrhumés par les fièvres, comme on l'a dit. Si les poumons s'engouent durant le stade de froid, ce qui me paraît bien constaté, pourquoi d'autres causes intermit-

tentes ne produiraient-elles pas le même effet ? Tantôt l'engorgement du poumon disparaît avec sa cause, tantôt il persiste avec des symptômes légers, mais quelquefois avec toute l'intensité des fièvres intermittentes pernicieuses péripneumoniques.

La durée de cette affection n'offre rien de fixe ; elle peut se prolonger fort long-temps à l'état chronique, et un traitement convenable peut la faire avorter dès son début, mais, en général, elle est de sept à vingt jours. On a observé que cette inflammation se termine plus souvent que toute autre par un mouvement critique. Pourrait-on dire que la vitalité des poumons, l'activité de la circulation dans ce viscère, expliquent comment la matière morbifique peut être entraînée plus aisément, pour être ensuite rejetée au-dehors par les sueurs, les urines, quelquefois par un flux de ventre, comme tous les matériaux devenus inutiles, ou même pour être déposée dans le tissu de quelque partie où on la voit se manifester par des douleurs, un abcès, des éruptions variées, comme boutons, dartres, etc. ? Quoi qu'il en soit, ces efforts plus ou moins salutaires ont une tendance marquée à se faire le septième, onzième, quatorzième et vingtième jour.

Prognostic. On peut dire en général qu'il est plus fâcheux en raison de la difficulté de respirer ; l'étendue, l'acuité de l'inflammation, son siége dans le lobe supérieur, sont les circonstances qui influent le plus sur ce symptôme. — La résolution est d'autant moins facile que la maladie est parvenue à un degré plus avancé. — Sa gravité paraît augmenter avec l'âge ; toutefois, elle est très-grande chez les enfans. — Elle est plus meurtrière dans les hôpitaux, sans doute à cause de l'air qu'on y respire. — Les complications les plus funestes sont, la grossesse, les fièvres éruptives, un dévoiement considérable, un délire permanent. Les symptômes d'adynamie, d'ataxie ou de gangrène sont presque toujours mortels. — Enfin, si le pouls offre plus de 130 pulsations par minutes, si la fréquence de la respiration est augmentée dans la même proportion. Or, dans la pneumonie elle est à celle du pouls comme un est à deux ou trois. Si la sécrétion des

crachats est supprimée, ou si le malade n'a pas la force de les rejeter; s'ils sont opaques, petits, plaqués d'un gris rougeâtre; si la respiration est stertoreuse; si l'air expiré est froid, d'une fétidité cadavéreuse; si les ongles deviennent bleus, violacés; si la physionomie est hébêtée, soporeuse, demi-apoplectique; si la figure est d'un rouge plombé, livide, noirâtre, ou si la face offre le tableau si bien tracé par l'oracle de Cos, on ne peut plus douter que la vie va s'éteindre.

Traitement. On est généralement d'accord que les antiphlogistiques doivent faire la base du traitement, et que l'on ne doit puiser des moyens curatifs dans la classe des évacuans, des dérivatifs, des fondans, des altérans, qui ont tour à tour été préconisés exclusivement que pour remplir des indications particulières. Les émissions sanguines, les saignées du bras surtout, ont le double avantage de calmer l'éréthisme inflammatoire et d'enlever au poumon presque directement le sang qu'il aurait à élaborer. S'il est impossible de suspendre l'action de l'organe malade, on rend du moins sa tâche plus facile. Presque toujours elles rendent la respiration plus libre, et il est de précepte de les faire largement dans la première période, et de les répéter tant que les forces du sujet le permettent. Une forte saignée faite dans un court espace de temps a plus d'efficacité que plusieurs petites répétées par intervalles. J'ai vu une pneumonie intense enlevée à son début par une seule saignée de vingt-quatre ou trente onces. La veille, le malade, homme brun, robuste, respirait avec peine, était dans un état voisin de la prostration; le lendemain il se promenait dans les salles, et ne songeait plus qu'à sortir. Je n'hésiterai point à saigner à quelque époque que ce soit, lorsque le pouls sera plein, la figure rouge et la chaleur forte; et dans tous les cas où la prostration pourra être soupçonnée de n'être qu'apparente, je n'hésiterai point à ouvrir la veine, au risque de la fermer aussitôt si le pouls ne se relève pas. J'ai vu chez des individus extrêmement faibles l'émission de quelques cuillerées de sang produire une amélioration marquée. Il est cependant des cas qui demandent la

plus grande réserve, je les indiquerai après avoir énoncé les autres moyens qui doivent concourir avec celui-ci. Le malade doit se tenir dans son lit assez chaudement sans être chargé de couvertures, la poitrine élevée, et s'il le peut varier ses positions; il doit être placé dans une chambre dont l'air, facile à renouveler, soit plutôt humide que sec, et d'une température modérée. Les topiques émolliens contribueraient sans doute à calmer l'irritation; mais les fomentations et les bains demandent bien des précautions pour que le malade ne se refroidisse pas, et les larges cataplasmes sur le thorax pourraient gêner sa dilatation : je donnerai la préférence à des gilets de laine sur la peau; s'ils ne remplissent pas tout à fait le même but, ils n'ont pas du moins leurs inconvéniens. Cependant les bains chauds des mains et des pieds sont souvent avantageux, on pourrait y suppléer en enveloppant ces extrémités dans des cataplasmes chauds. Lorsqu'après des saignées abondantes la dyspnée continue, lorsque la résolution se fait lentement, que la pneumonie semble vouloir devenir chronique, chez les individus doués d'une sensibilité obtuse, qui manquent de réaction, il faut appliquer de larges vésicatoires volans aux extrémités inférieures ou sur la poitrine; mais il est nécessaire de surveiller attentivement l'effet de ces moyens, qui nuisent toujours quand ils ne sont pas utiles.

Il est prudent, lorsque l'indication des vésicatoires n'est pas évidente, de les faire précéder d'une application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur l'endroit douloureux, on détermine ainsi une irritation dérivative en même temps que l'on soustrait le sang qui doit bientôt traverser le poumon. — Dans la période d'acuité, la diète doit être sévère, on ne donne que des boissons gommées et mucilagineuses; plus tard et dans les mêmes circonstances où l'on applique les irritans sur la peau, on fait prendre les boissons légèrement toniques et stimulantes. Les décoctions de casse, de tamarin, ou les eaux sulfureuses coupées avec du lait, concourent à favoriser la résolution. J'ai vu souvent donner avec avantage au déclin de la maladie le sirop de nerprun et l'huile de ricin à la dose de quatre à six gros chaque.

Les lavemens suffisent le plus ordinairement pour entretenir la liberté du ventre. On sollicite la transpiration et la sécrétion des urines par des boissons tièdes et légèrement nitrées. — Les émotions morales excitent toujours la circulation, il faut les éviter et condamner le malade au silence.

Tel est le traitement le plus général de la pneumonie ; mais l'âge, la constitution du sujet, les complications dont j'ai indiqué une partie, quelques symptômes prédominans, exigent des modifications.

Chez les enfans, les veines sont petites, donnent peu de sang ; les saignées locales ont plus de succès : il en est de même lorsqu'il existe quelque point pleurétique. Chez les vieillards, les saignées générales pourraient favoriser la tendance à l'adynamie. Il est de précepte de ne pas insister sur leur emploi, et même de s'en abstenir lorsqu'ils sont débilités ou sous l'influence de causes débilitantes. C'est surtout alors que les saignées locales sont utiles. Les saignées sont contr'indiquées dans les pneumonies gangréneuses, dans certaines épidémies, dans la fièvre intermittente pernicieuse péripneumonique, à moins que la suffocation ne soit imminente. Mais le seul moyen efficace de prévenir les accès, dont le retour augmente toujours d'autant plus la congestion que l'organe est déjà plus affaibli, est l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine à forte dose. Deux grains de sulfate de quinine suffisent souvent pour arrêter des accès ordinaires. Si je soupçonnais une gastro-entérite, j'aimerais mieux introduire le quinquina en lavement ou par la surface de la peau dénudée de son épiderme, quoiqu'il ne me paraisse pas démontré que ce médicament soit plus nuisible dans certaines gastrites avec adynamie, qu'il ne l'est dans les inflammations gangréneuses de la peau, que ne le sont les vésicatoires sur quelques érysipèles. On peut, au reste, rendre cette substance plus aisée à supporter par l'estomac, en l'unissant à l'opium ou à ses préparations. C'est même ce que je ferais toujours, s'il existait en même temps beaucoup d'agitation nerveuse. Dans une épidémie de Naples, *Sarcône* regardait ce médicament comme le seul efficace. Dans une autre, *Baglivi* attribuait au camphre tout l'honneur de ses

succès. Ces moyens sont bien peu rationnels : mais l'émétique, qui a eu tant de succès incontestables dans ces derniers temps, l'est-il davantage? j'avoue aussi que malgré ce que j'ai vu je ne l'emploierais qu'en tremblant comme antiphlogistique. Mais les efforts du vomissement peuvent être utiles pour expulser des crachats qui obstrueraient les bronches, il peut être indiqué de faire disparaître l'embarras gastro-intestinal de la pneumonie bilieuse, alors l'utilité de l'émétique n'est pas douteuse. L'excès d'irritation peut arrêter la sécrétion des crachats ; les saignées, dans ce cas, sont le meilleur expectorant; si ce moyen était contr'indiqué, on pourrait donner l'opium. Lorsqu'ils ne sont point expectorés par faiblesse, il faut employer les stimulans, comme le kermès minéral, l'oximel scillitique, la vapeur d'eau légèrement vinaigrée. On conçoit même que la stimulation énergique d'un large vésicatoire ou d'un cautère actuel sur le thorax pourrait rendre aux poumons le ressort dont ils ont besoin pour se débarrasser des mucosités : c'est sans doute dans un cas semblable qu'un médecin de mon pays s'est acquis une grande vogue dans les campagnes par l'emploi de ce moyen actif. Le malade était renversé sur son lit, presque mort, s'il faut en croire ce que l'on dit ; le danger pressait : le médecin n'avait point de vésicatoire ; il fait rougir une pelle à feu, l'applique sur la poitrine, réveille l'action des organes, et est ensuite assez heureux pour rendre le malade à une santé parfaite.

On combat les symptômes nerveux par des applications de sangsues sur les jugulaires ou les apophyses mastoïdes. Le musc a servi avantageusement contre le délire.

On prévient le passage de la maladie à l'état chronique par les moyens indiqués pour la guérir. Lorsqu'elle est chronique de prime abord, il est important d'en reconnaître la cause pour la combattre. Si elle coïncidait avec la disparition d'une fluxion goutteuse ou rhumatismale, avec la répercussion d'une éruption cutanée aiguë ou chronique, la suppression d'une évacuation, d'une hémorrhagie habituelle, après avoir calmé l'éréthisme inflammatoire par quelques saignées générales,

on tâcherait, par tous les moyens possibles, les sangsues et les vésicatoires particulièrement, de rappeler l'affection à son siége primitif. Lorsque l'on n'a pas pu prévenir ou arrêter l'état chronique à son début, trois indications principales restent à remplir : 1°. éloigner toutes les causes capables d'exaspérer ou de renouveler l'inflammation; 2°. entretenir dans l'organe malade le degré de vitalité nécessaire à la résolution, par les antiphlogistiques ou par les toniques légers; 3°. enfin, détourner l'irritation par les vésicatoires à la partie interne du bras, les moxas, les cautères promenés sur le thorax, un séton à l'endroit du mal. Lorsque ces moyens actifs n'enlèvent pas la maladie, presque toujours ils lui communiquent un nouveau degré d'activité : il est donc bien nécessaire d'en surveiller l'effet. Si, après huit ou quinze jours, loin d'avoir diminué, la pneumonie avait augmenté, je les supprimerais, et je m'attacherais à entretenir le libre exercice de toutes les fonctions, à favoriser la liberté du ventre, exciter la peau, stimuler les reins; à combattre les accidens, comme la toux, l'insomnie, la diarrhée, les sueurs abondantes, par les moyens appropriés, mais sans jamais oublier que, la résolution étant presque toujours longue, le malade ne pourrait supporter une diète sévère et des saignées trop abondantes ou trop souvent répétées.

La pneumonie traumatique n'exige de traitement particulier que pour ses complications. On fait résoudre les ecchymoses ; on panse les plaies extérieures. Si une douleur pongitive, continue, dans l'endroit de la blessure, fait connaître qu'une esquille est enfoncée dans le poumon, il convient de l'extraire de suite. Il faudrait encore faire une large incision à l'endroit de la blessure, si un emphysème considérable faisait des progrès.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Ubi igitur peracutus est morbus, statìm extremos habet labores, et extremè tenuissimo victu uti necesse est. Ubi verò non, sed pleniorem victum exhibere licet, tantùm à tenui recedendum, quantùm morbus remissior extremis fuerit. *Ibid.*, *aph.* 7.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

Considerare oportet etiam ægrotatem, num ad morbi vigorem victu sufficiat, et an priùs ille deficiat, et victu non sufficere possit, vel morbus priùs deficiat, et obtundatur. *Ibid.*, *aph.* 9.

V.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 14.

VI.

Concedendum autem aliquid, et consuetudini, et tempestati et regioni. *Ibid.*, *aph.* 18

VII.

Attenuata longo tempore corpora lente reficere oportet, quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

VIII.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.